

pieczęć jednostki przyjmującej zlecenie

KARTA PRZYJĘCIA I REALIZACJI ZLECENIA NA TRANSPORT SANITARNY nr _____

Wypełnia personel szpitala

1. DANE DOTYCZĄCE PRZYJĘCIA ZLECENIA

- a) wyjazd w dniu _____ o godzinie _____
- b) zlecający- oddział/ poradnia/ inny(jaki)* _____
- c) docelowe miejsce przewozu:
- skąd _____
 - dokąd _____
- d) transport powrotny TAK/NIE dokąd: _____
- e) warunki wykonaniu przewozu- pozycja pacjenta: Siedząca/leżąca*
- f) potrzebna dodatkowa obecność personelu (kogo): _____
- g) lekarz zlecający usługę (w załączeniu zlecenie): _____
- h) osoba przyjmująca zgłoszenie: _____

Wypełnia Wykonawca

2. DANE DOTYCZĄCE REALIZACJI PRZEWOZU

- a) data realizacji usługi: _____ godzina: wyjazdu _____ powrotu _____
- b) dodatkowe informacje o realizacji transportu*

<p>* przewóz w jedną stronę z lekarzem pacjentów Zamawiającego kierowanych na leczenie do innych placówek leczniczych, w tym transport osób z dysfunkcją ruchu;</p>	<p>* przewóz w dwie strony z lekarzem pacjentów Zamawiającego kierowanych na konsultacje i/lub badanie-leczenie do innych placówek leczniczych lub diagnostycznych, w tym transport osób z dysfunkcją ruchu;</p>
---	--

- c) cena jednostkowa za 1 km przewozu pacjenta poza okręg 30 km _____
- d) numer karetki wykonującej zlecenie _____
- e) imię, nazwisko i podpis wykonującego zlecenie*
- kierowca _____
 - lekarz _____
 - inny _____

*właściwe zaznaczyć lub skreślić